



## SOLICITUD DE INGRESO

				N° EXP.:		soc	10 N°:			
РМІ 2000 РМІ 2886 SOLTERO РМ			PMI	iubilado fecha solicitud ok: / / 2000 jubilado 3000 jubilado fecha activación: / /						
DATOS DEL SOCIO TI	TULAR									
Apellido y Nombres:	Estado Civil (actual):									
En convivencia: Sí No Sesde qué fecha?: / /				Tiene hijos: Sí No Scuántos?:						
Fecha Nac.: /	/ D.N.I.:			Tel. Part.:		Те	l. Cel.:			
Domicilio: Calle:				N°:	Piso:	Dpto.:	Edificio:			
Block: Manzana: Sector: Casa: Escalera:			calera:	Barrio:		C.P:	Loc.:			
Prov.: C.U.I.L.: E-mail:										
Nombre Empresa / Activ			Cl	JIT:						
Domicilio Empresa: Calle:				N°:	C.P.:	Lo	c.:			
Prov.: Tel. Lab.:				E-mail Empresa:						
Bienes Propios (Detallar domicilio de propiedad y matrícula de vehículo):										
Obra Social Actual:										
DATOS DEL CÓNYUG	E / CONVIVIENTE									
Apellido y Nombres: Estado Civil (actual):										
Fecha Nac.: / /	Tiene hijos: Sí	Tiene hijos: Sí No Scuántos?:								
Trabaja: Sí No Tel. Cel.: C.U.I.L.: E-mail:										
Nombre Empresa / Actividad: CUIT:										
Domicilio Empresa: Calle:				N° C.P.: Loc.:						
Prov.: Tel. Lab.:				E-mail Empresa:						
Obra Social Actual:										
PERSONAS A CARGO										
Apellido y Nombre (Según D.N.I.)		Parentesco		D.N.I.	C.U.I.L.		Fecha de Nac.	Edad		
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
DOMICILIO DONDE E	NTREGAR LA CORF	RESPONDENCIA								
Domicilio: Calle:				N°:	Piso:	Dį	Dpto.:			
Loc.: Prov.:						C.	C.P:			
							/ /			

D.N.I.

Fecha

LOCALIDAD

Firma y Aclaración

DECLARE PATOLOGÍAS QUE PAE	DECE, SECUELAS EXISTENTES O COMPLIC	CACIONES, ACCIDENTES Y/O CIRUGÍAS. DETALLE FECHAS DE DIAGNÓSTICO.
MOTIVO DE ALTA DEL ASOC	IADO	
	, '	
¿Cuál es el motivo de su incorporac	ión a la Mutual?	
Por referencia de un Socio: (Ac	clarar nombre)	Por recomendación de un profesional de la salud
Familiar		Por publicidad
Amigo		Por visita de Asesor Comercial/Delegado
Por empleado de la Mutual		Comparativa de opciones de mercado
INFORMACIÓN		
* Me comprometo a notificar ante	cualquier cambio de los datos personale	es denunciados en el frente de la solicitud de ingreso
		el correo electrónico denunciado en la presente solicitud, desestimando la recepa a la información relacionada con la Mutual
Dejo constancia que son de mi o (Habéas Data) y sus normas con		sus planes y demás reglamentos de Servicios, como así también la Ley N° 25326
		mino de un año, en forma mensual y de no manifestar fehacientemente lo contra- las abonaré del 01 al 10 del mes correspondiente
•		domicilios consignados en este convenio, donde será válida cualquier notificación ounales ordinarios de la ciudad de Santa Fe con la renuncia expresa a cualquier otro
•	iistencia no declarada o falsedad en la De do. Recordar que la falsedad en la Declar:	eclaración Jurada, la Mutual Jerárquicos, queda facultada a rescindir el contrato po ración Jurada es un delito
Solicitud de ingreso a la A.M.P.J.l los Art. 172, 292, 293 del Código	B.O.N. ha sido completada sin omitir ni fa o Penal para los delitos de estafas y falsifi nformidad para que el asesor/representa	sto en carácter de DECLARACIÓN JURADA que la información consignada en la alsear dato alguno, quedando sujetos los infractores a las penalidades previstas er ficación de documentos. Asimismo declara que la documentación adjunta es copia ante de la Mutual gestione ante Jerárquicos la asociación correspondiente para su
		/_/
Firma y Aclaración	D.N.I.	Fecha